

## РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РАБОТЕ С ТЕРМИНАЛЬНЫМИ БОЛЬНЫМИ

**С.В. Колбасников**, докт. мед. наук, проф., **А.Г. Кононова**, канд. мед. наук, **Н.О. Белова**, канд. мед. наук,  
**О.В. Нилова**, канд. мед. наук, **В.Э. Авакова**

Тверской государственной медицинской академии,  
Российская Федерация, 170100, Тверь, ул. Советская, д.4  
**E-mail:** allakononova@mail.ru

**Освещены психологические аспекты работы медсестер с терминальными больными, а также основные принципы психосоциальной и духовной поддержки пациентов и членов их семей.**

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, роль медсестры, формы отношения к болезни, психогенные реакции, методы психотерапии.

Для цитирования: Колбасников С.В., Кононова А.Г., Белова Н.О., Нилова О.В., Авакова В.Э. Работа среднего медицинского персонала с терминальными больными. Медицинская сестра. 2020; 22 (1): 28–31. <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-01-06>



Согласно ст. 36 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли, облегчение других тяжелых проявлений заболевания, улучшение качества жизни неизлечимо больных граждан.

На основании приказа Минздрава Российской Федерации №187н от 14.04.15 «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» данный вид помощи получают пациенты:

- с неизлечимыми хроническими прогрессирующими заболеваниями и состояниями, а также с заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности радикального

лечения и медицинской реабилитации, в том числе с ВИЧ-инфекцией;

- с хроническими психическими заболеваниями в терминальных стадиях;
- с социально значимыми неинфекционными заболеваниями в терминальной стадии, нуждающиеся в симптоматическом лечении и уходе; в эту группу входят лица с различными формами злокачественных новообразований, органной недостаточностью в стадии декомпенсации, с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии, с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, необратимыми последствиями травм, дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях, с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера в терминальной стадии.

Первичную паллиативную помощь (общего характера) оказывают врачи, фельдшеры и медсестры, работающие на участках. Амбулаторная паллиативная медицинская помощь имеет несколько аспектов [1, 2]:

- профилактика боли;
- контроль над симптомами;
- общий уход;
- обучение и реабилитация;
- психотерапевтическая помощь;
- поддержка семьи во время болезни близкого человека и после его смерти.

В лечении умирающего основную роль должны играть врач общей практики (семейный врач) и участковая медсестра, хорошо знающие больного и его семью [3]. Они становятся самыми близкими для больного людьми, помогающими ему жить, сохраняя достоинство, удовлетворять свои физические, эмоциональные, социальные и духовные потребности и испытывать последние радости. Узнав о тяжелом недуге, человек находится в очень тяжелой психологической ситуации. Страх – главная психологическая проблема умирающего; он боится неизвестности, его страшат

предстоящие физические и душевные мучения, связанные с умиранием, прекращением жизни, он боится остаться в момент смерти один. Для больного наиболее значимы следующие вопросы [3]:

- в чем заключается моя болезнь?
- что можно сделать?
- будут ли у меня боли?
- будете ли Вы ухаживать за мной?
- сколько я еще проживу?
- смогу ли я оставаться дома или умру в больнице?

Чтобы обсуждать их с больным, нужны не только личный опыт, честность и тактичность, но и знания в области специальных исследований, касающихся прогноза. В настоящее время считается, что говорить пациенту правду о его заболевании – это соблюдение этического принципа, который сохраняет автономию больного [1, 4]. Сообщать плохие новости пациентам очень трудно, но медицинский работник никогда не должен прибегать к лжи. Правда рано или поздно откроется, и пациенты будут чувствовать себя обманутыми, что причинит непоправимый вред их взаимоотношениям с медработниками, а также взаимоотношениям медработников с семьей больного. В то же время не следует сообщать больше того, что хочет знать пациент.

Сначала надо выяснить, что больной уже знает или подозревает. Обычно большинство больных из разных источников знают, что они умирают. Основанием для этого могут послужить ухудшение состояния, патологические ощущения в области различных органов, а также изменение поведения окружающих, в первую очередь – врача и медсестры. В таких случаях не требуется что-то говорить пациенту, важно открыто обсудить с ним жалобы и опасения.

Страдания, принесенные страшными новостями, могут несколько смягчиться, если медицинский работник проявит сочувствие, затратит время, чтобы ответить на вопросы, и заверит пациента в постоянной поддержке. Обязательно надо договориться о следующем визите. Если пациент спрашивает, сколько он проживет, не стоит называть точные сроки, так как можно ошибиться (на недели, месяцы, годы).

Медсестре следует знать о классических психологических стадиях умирания: отрицание, гнев, торг, депрессия, смирение [1]. Каждый по-своему проходит через эти стадии и в разной последовательности; некоторых проявлений вообще может не быть.

Отношение больного к своему заболеванию также может различаться. Выделяют 5 основных форм отношения пациента к хронической, в том числе опасной для жизни, болезни [1]:

- попытка игнорировать заболевание – процесс вытеснения или отрицания; болезнь воспри-

нимается только негативно, внутренняя полемика отвергается либо расценивается как уступка врагу или слабость, которая лишь усугубляет процесс;

- с болезнью ведется постоянная борьба – даже при заведомой ее бессмысленности; больные все время испытывают новые методы лечения, все время ищут новых врачей-специалистов;
- болезнь становится структурирующим сосредоточием жизни: либо как жизненно важное решение на основе глубоко прочувствованного философского или религиозного мировоззрения, либо как невротическая аберрация в форме саморазрушающей агрессии; болезнь переносится как наказание или перст судьбы;
- заболевание включается в жизненный процесс; происходит приспособление к вызванным болезнью потребностям и ограничениям при одновременном формировании убежденности в целесообразности жизни с ограничениями; сохранившиеся возможности реализуются, а подготовка к смерти переживается как часть рационально устроенного бытия;
- заболевание воспринимается как разрушительный, всепобеждающий процесс, против которого нет шансов бороться; в итоге развивается депрессия вплоть до суицида (негативное примирение).

В реальной клинической практике чаще всего встречаются смешанные формы реакции на заболевание со всеми их противоречиями. На протяжении болезни форма поведения пациента может меняться. Многочисленные исследования, посвященные онкологическим заболеваниям, показывают, что ожидаемая продолжительность жизни пациентов, которые относятся в основном к 1-й или 2-й группам поведения, больше, чем у пациентов с 3–5-й формами отношения к заболеванию. Таким образом, представляется, что активное отношение к болезни – будь то попытка ее игнорировать или борьба с ней – сказывается на ходе болезни позитивно; примирение же с судьбой, скорее всего, воздействует негативно [5].

Интенсивность переживаний пациентов различна. Психогенные реакции легкой степени чаще купируются исключительно психотерапевтическими средствами. С больными, ищущими контакта, проводятся индивидуальные или групповые беседы. Купирование таких реакций не всегда требует участия врача-психотерапевта; нередко справиться с переживаниями больных может средний медицинский персонал, владеющий психотерапевтическими методами.

Психогенные реакции можно предвидеть: они возникают, когда в состоянии больного наступает критический момент, а также во время визита родственников, взаимоотношения с которыми отличаются сложностью. Больным, фиксирующимся на своих переживаниях, плохо поддающимся убеждениям, показана суггестивная терапия в форме модификаций гипнотических воздействий.

При средней степени переживаний только психотерапевтических приемов оказывается недостаточно; для купирования расстройств необходимо применение малых транквилизаторов типа триоксазина – 3–6 мг, элениума – до 30–50 мг, седуксена – 20–30 мг (в сутки).

При психотических расстройствах тяжелой степени требуется применение нейролептиков и антидепрессантов. При развитии психотической симптоматики наиболее показан диазепам (седуксен) в инъекциях до 4,0–5,0 мл внутривенно. Другой успокаивающий препарат – галоперидол (до 5 мг внутримышечно). При наличии возбуждения может потребоваться назначение аминазина (0,25% – 1,0 мл внутримышечно под контролем давления) или тизерцина – 25 мг внутримышечно. Состояние тревоги успешно купируется феназепамом (0,001 г), азалептином (лепонексом) – 1/4–1/2 таблетки. При депрессии используется amitриптилин (50–100 мг/сут, возможно – до 300 мг/сут).

Любое планируемое лечебное вмешательство требует согласия пациента. Необходимо, чтобы больной получил полную информацию о лечении, побочных эффектах, альтернативных методах терапии, даже если они неэффективны. Убеждая больного в необходимости паллиативной терапии, медицинский работник не должен обещать, что это приведет к выздоровлению. Важно подчеркнуть, что у больного сохраняется возможность гулять, обслуживать себя и что он не будет страдать от боли. Можно сказать так: «С этим заболеванием 80% пациентов возвращаются к нормальной деятельности». Иногда пациент отказывается от лечения. В таком случае медицинский работник может попытаться убедить больного продолжить лечение, выяснив мотивы отказа.

Отмечено, что больные с отклонениями от нормы в психике чаще жалуются на боль. Терапия болей в таких случаях включает в себя лечение нарушений настроения (психофармакологические препараты), обеспечение психосоциальной помощи (психологическая поддержка, владение ситуацией) и терапию поведения (релаксация, гипноз, внушение, общение, самонаблюдение и ведение дневников). Доказано, что прием антидепрессантов улучшает общее состояние и качество жизни умирающих больных, осознающих ситуацию [6].

Следует помнить, что подавленное настроение может быть обусловлено и другими причинами. В круг дифференциальной диагностики психических расстройств входят инфекционные заболевания (менингит, энцефалит, сифилис), острые метаболические нарушения (печеночная и почечная недостаточность), травмы (состояние после операции, тяжелых родов), патология центральной нервной системы (инсульт, эпилепсия), гипоксия (анемия, гипотония, сердечно-легочная недостаточность), дефицит витаминов группы В, эндокринопатии (гипогликемия, гипер- и гипопункция коры надпочечников), острые сосудистые нарушения (гипертоническая энцефалопатия, шок), медикаментозное воздействие, влияние токсинов (пестициды, растворители), отравление тяжелыми металлами.

Не рекомендуется изолировать умирающего от близких, устанавливать ширмы, перегородки, излишне опекать. В оказании комплексной помощи терминальным больным важнейшее место занимают методы психотерапии [7, 8].

1. Психотерапия средой включает прежде всего домашнюю обстановку; рядом с больным могут находиться домашние животные, домашние вещи и вообще предметы, которые ему дороги; на стенах могут висеть фотографии близких.

2. Терапия домашними животными. Это – очень важный вид терапии, поскольку эмоциональное тепло, которое животные (собаки, кошки и др.) дают человеку несоизмеримо ни с каким иным источником эмоций.

3. Арттерапия. Звукотерапия. Картины, другие произведения искусства создают особый, возвышенный настрой, являются значимым средством психотерапевтического воздействия на больного. Не последнее место занимают голоса природы, а также имитирующие их музыкальные звуки. Записи, воспроизводящие журчание ручья, стук дождя по крыше, мерное дыхание морских волн успокоительно воздействуют на больных.

4. Сказкотерапия и театротерапия. Для больного именно модель «детского» поведения становится нередко спасительной, она уводит от пугающих мыслей и позволяет «отключиться» от всего, с чем не справляется логика взрослого.

5. Общение через образ, какой-либо сувенир, куклу, игрушку. Любой предмет, изображающий или напоминающий человека или животное, дает больному ощущение тепла и единения с кем-то. Больной нередко переносит на него свои чувства и взамен получает эмоциональную поддержку.

Последние желания, какими бы странными они ни казались, следует удовлетворять. Сопор и кома обычно свидетельствуют о близком конце. Очень важна психологическая поддержка членов семьи в течение 3 лет после смерти больного, так

Последовательность и основная характеристика стадий траура

Стадия траура	Продолжительность	Характеристика
Облегчение	Несколько дней	Следует непосредственно за смертью; чувство нереальности и оглушения («Я никак не могу это себе представить»)
Ослабление напряжения	Около 3 нед	Разрешение практических проблем (например, исполнение завещания, вопросы страховки)
Отказ	3–4 мес	«Покинутость», неуверенность, жалость к себе и самокритика («Как же я один со всем этим справлюсь?»)
Воспоминания	12–15 мес	Попытка снова воспроизвести радостные чувства и события прошлого. Визуальные и акустические галлюцинации, а также, возможно, попытки суицида
Начало новой жизни		Интенсивные занятия хобби, встречи с друзьями («жизнь должна продолжаться»); день рождения умершего, праздники и день смерти все же еще очень болезненны

как после утраты в семье повышается склонность к болезням, может развиваться депрессия, смертность вдов увеличивается на 40%. Медсестрам следует знать о стадиях траура (см. таблицу).

Для успешной работы системы амбулаторной паллиативной помощи необходимы четкие и слаженные действия врачей общей практики, фельдшеров и медсестер. Работники первичного звена здравоохранения должны обладать необходимыми знаниями и практическими навыками, позволяющими улучшить качество жизни пациентов и их родственников, которые столкнулись с проблемами, связанными с неизлечимым заболеванием. Помощь состоит не только в купировании симптомов, но и в оказании психосоциальной и духовной поддержки.

**Литература**

1. Абхольци Х.Х. др. Общепрактическая и семейная медицина. Ред. М.М. Кохен. Минск: Беларусь, 1997; 620.
2. Паллиативная медицинская помощь в онкологии: учебник. Московский гос. медико-стоматол. ун-т; Рязанский гос. мед. ун-т; ред. Г.А. Новиков, Е.П. Куликов. М.: Российская ассоциация паллиативной медицины, 2016; 351.
3. Мерта Джон. Справочник врача общей практики. Пер. с англ. М.: Практика, 1998; 1230.
4. Whinkey R. Mc. A Textbook of Family Medicine. Oxford: Oxford Univ. Press. 1998; 380.

5. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Пер. с венг. 5-е изд., перераб. и доп. Будапешт: Акад. наук Венгрии, 1988; 338.

6. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. Пер. с англ. Ред. И.Н. Денисов, В.И. Кулаков, Ю.Л. Шевченко. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003; 1242.

7. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь: пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. СПб.: Издательство «Речь», 2002; 162.

8. Орлова И., Орлов Ф., Голенков А. Психовегетативные синдромы у неврологических больных. Врач. 2019;12:18–21.

THE ROLE OF MID-LEVEL MEDICAL PERSONNEL IN THE WORK WITH TERMINALLY ILL PATIENTS

Prof. S.V. Kolbasnikov, MD; A.G. Kononova, Cand. Med. Sci.; N.O. Belova, Cand. Med. Sci.; O.V. Nilova, Cand. Med. Sci.; V.E. Avakova

Tver State Medical University,

4, Sovetskaya St., Tver 170100, Russian Federation

The paper deals with the psychological aspects of the work of nurses with terminally ill patients, as well as the basic principles of psychosocial and spiritual support for patients and the members of their families.

**Key words:** palliative care; a nurse's role; forms of attitude to disease; psychogenic reactions; psychotherapy methods.

For reference: Kolbasnikov S.V., Kononova A.G., Belova N.O., Nilova O.V., Avakova V.E. The role of mid-level medical personnel in the work with terminally ill patients. Meditsinskaya Sestra. 2019; 22 (1): 28–31. <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-01-06>

ГОД МЕДСЕСТРЫ



**Татьяна Белова**

Татьяна Белова работает медсестрой в обычной городской поликлинике Санкт-Петербурга. Ей 21 год. Она – продолжатель большой сестринской династии. Мама, бабушка, прабабушка – все служили сестринскому делу. «Многие, получив сестринское образование, поступают в вуз, учатся на врачей. Я медсестра. И останусь медсестрой на всю жизнь. Профессию я выбрала в восемь лет. И не только из-за семейной традиции. На Севере, где мы тогда жили, получить медицинскую помощь было очень непросто. На моих глазах произошло несколько случаев, когда люди умирали, не дождавшись медицинской помощи. И я поняла: я должна стать медицинской сестрой».